

(प्रोफार्म भरकर केवल प्राधिकृत व्यक्ति को ही प्रस्तुत किए जाएं)

फार्म 1-ख

प्रधानमंत्री मातृ वंदना योजना के अंतर्गत द्वितीय किस्त के दावे के लिए आवेदन पत्र

अनिवार्य फील्ड

1. मैं, श्रीमती ..... (लाभार्थी का पंजीकृत नाम) ने प्रधानमंत्री मातृ वंदना योजना के अंतर्गत आंगनबाड़ी केन्द्र / अनुमोदित स्वास्थ्य सुविधा / ग्राम ..... में पंजीकरण कराया है।

2. लाभार्थी का आधार / पहचान संख्या संख्या ..... (प्रमाण की प्रति संलग्न करें)

उपलब्ध कराया गया पहचान साक्ष्य (यथोचित एक पर निशान लगाएं)

क) बैंक या पोस्ट ऑफिस का फोटो पासबुक

ख) मतदाता पहचान पत्र

ग) राशन कार्ड

घ) किसान फोटो पासबुक

ड) पासपोर्ट

च) ड्राइविंग लाइसेंस

छ) पैन कार्ड

ज) मनरेगा जॉब कार्ड

झ) उसके पति सरकार या सार्वजनिक क्षेत्र उपक्रम द्वारा जारी कर्मचारी फोटो पहचान-पत्र

ञ) राज्य सरकार या संघ शासित प्रशासन द्वारा जारी अन्य कोई प्रमाण पत्र।

ट) राजपत्रित अधिकारी द्वारा शासकीय लैटर हैड पर जारी किया गया फोटो सहित पहचान-प्रमाण पत्र

ठ) प्राथमिक स्वास्थ्य चिकित्सा या सरकारी अस्पताल द्वारा जारी किया गया स्वास्थ्य कार्ड

ड) राज्य सरकार या संघ राज्य क्षेत्र प्रशासन द्वारा निर्दिष्ट अन्य कोई दस्तावेज।

3. पी एम एम वी वाई के अंतर्गत आंगनवाड़ी केन्द्र / ग्राम ..... / ..... / ..... में पंजीकरण की तारीख

4. एनसी तारीख ..... / ..... / .....

5. यदि योजना के अंतर्गत पहले ही पंजीकृत है तो हां पर निशान लगाएं हाँ  नहीं

(यदि नहीं, तो फार्म 1-क भरें) (यदि हां तो पावती स्लिप की प्रति संलग्न करें)

6 पीएमएमवीवाई के अंतर्गत दूसरी किस्त के दावे की तारीख ..... / ..... / .....

(एमसीपी कार्ड और आधार / पहचान कार्ड की प्रति संलग्न करें)

7. लाभार्थी का स्वास्थ्य पहचान पत्र: .....

हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान

दिनांक

स्थान

**8. आंगनवाड़ी कार्यकर्त्रियों/आशा/एनएम द्वारा भरा जाने वाला विवरण**

आंगनवाड़ी केन्द्र/ अनुमोदित स्वास्थ्य सुविधा का नाम—

आंगनवाड़ी केन्द्र कोड—

गांव/शहर का नाम—

ग्राम कोड—

आंगनवाड़ी कार्यकर्त्रियों/आशा/एनएम का नाम—

पो0 ऑफिस का नाम—

परियोजना का नाम—

जिला—

राज्य/संघ राज्य क्षेत्र—

**9. संलग्न दस्तावेजों की जांच सूची—**

क्र0सं0	संलग्न किए जाने वाले दस्तावेज	दस्तावेज
1	लाभार्थी का आधार/पहचान कार्ड (पहचान कार्ड वही होना चाहिए जो योजना के अंतर्गत पंजीकरण के लिए प्रयोग किया गया है।)	
2	एमसीपी कार्ड एनसी विवरण के साथ	
3	पावती स्लिप	

आंगनवाड़ी केन्द्र/ग्राम में पीएमएमवीवाई के अंतर्गत दूसरी किस्त के दावे की तारीख (दिन/माह/वर्ष)  
सुपरवाइजर/एनएम को प्रस्तुत करने की तारीख ...../...../.....

हस्ताक्षर

दिनांक

स्थान

सुपरवाइजर/एनएम द्वारा जांच

में श्रीमती.....(सुपरवाइजर/एनएम का नाम)ने इस फार्म में दी गई  
सूचना की जांच कर ली है और फार्म पूरा भरा गया है।

हस्ताक्षर

दिनांक

क्षेत्र कोड

लाभार्थी को दी जाने वाली पावती (आंगनवाड़ी कार्यकर्त्री / आशा / एएनएम द्वारा)

गांव / शहर का नाम- .....

आंगनवाड़ी केन्द्र कोड- .....

ग्राम कोड- .....

आंगनवाड़ी कार्यकर्त्रियों / आशा / एएनएम का नाम- .....

पो० ऑफिस का नाम- .....

क्षेत्र का नाम- .....

परियोजना / स्वास्थ्य ब्लॉक का नाम.....

जिला- .....

राज्य / संघ राज्य क्षेत्र- .....

श्रीमती ..... (नाम) ने..... (दिनांक) को जांच सूची के अनुसार सभी दस्तावेजों सहित उचित रूप से भरा हुआ फार्म 1-बी प्रस्तुत कर दिया है।

हस्ताक्षर

दिनांक

स्थान